

THÈSE

266

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Jacques QUIVY

né à Caudry (Nord) le 22 Mars 1904

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Étude sur quelques cas d'Adénite iliaque externe dans l'Appendicite aiguë

Président : M. le Professeur LEGUEU

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Jacques QUIVY

né à Caudry (Nord) le 22 Mars 1904

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Étude sur quelques cas d'Adénite iliaque externe dans l'Appendicite aiguë

Président : M. le Professeur LEGUEU

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N. LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMELIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

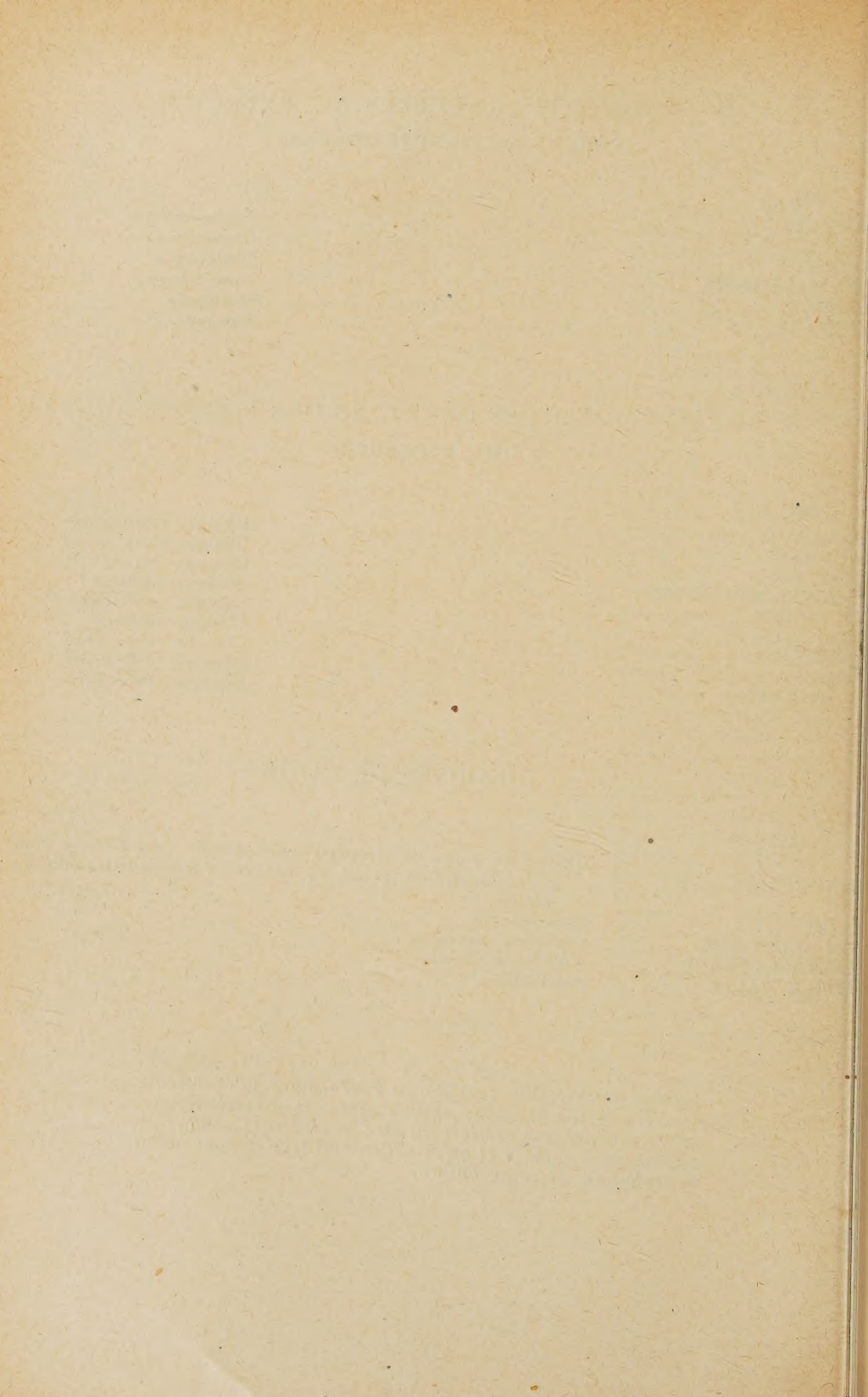
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, prof'	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR GEORGES QUIVY

(1875-1926)

A MA MERE

A MA SŒUR

A MON FRERE

LE DOCTEUR JEAN QUIVY

Assistant d'Electro-Radiologie des Hôpitaux

ET A MA BELLE-SŒUR

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1922-23. MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL
(*In memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

1923. MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL.

Externat

1924-25. MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

1925-26. MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

Internat provisoire

1926. MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ.

1927. MONSIEUR LE DOCTEUR BRÉCHOT.

Internat

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE.

1930. MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU.

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU.

A MES AUTRES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-SOLAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY.

A MES AMIS ET A MES COLLEGUES
DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU,

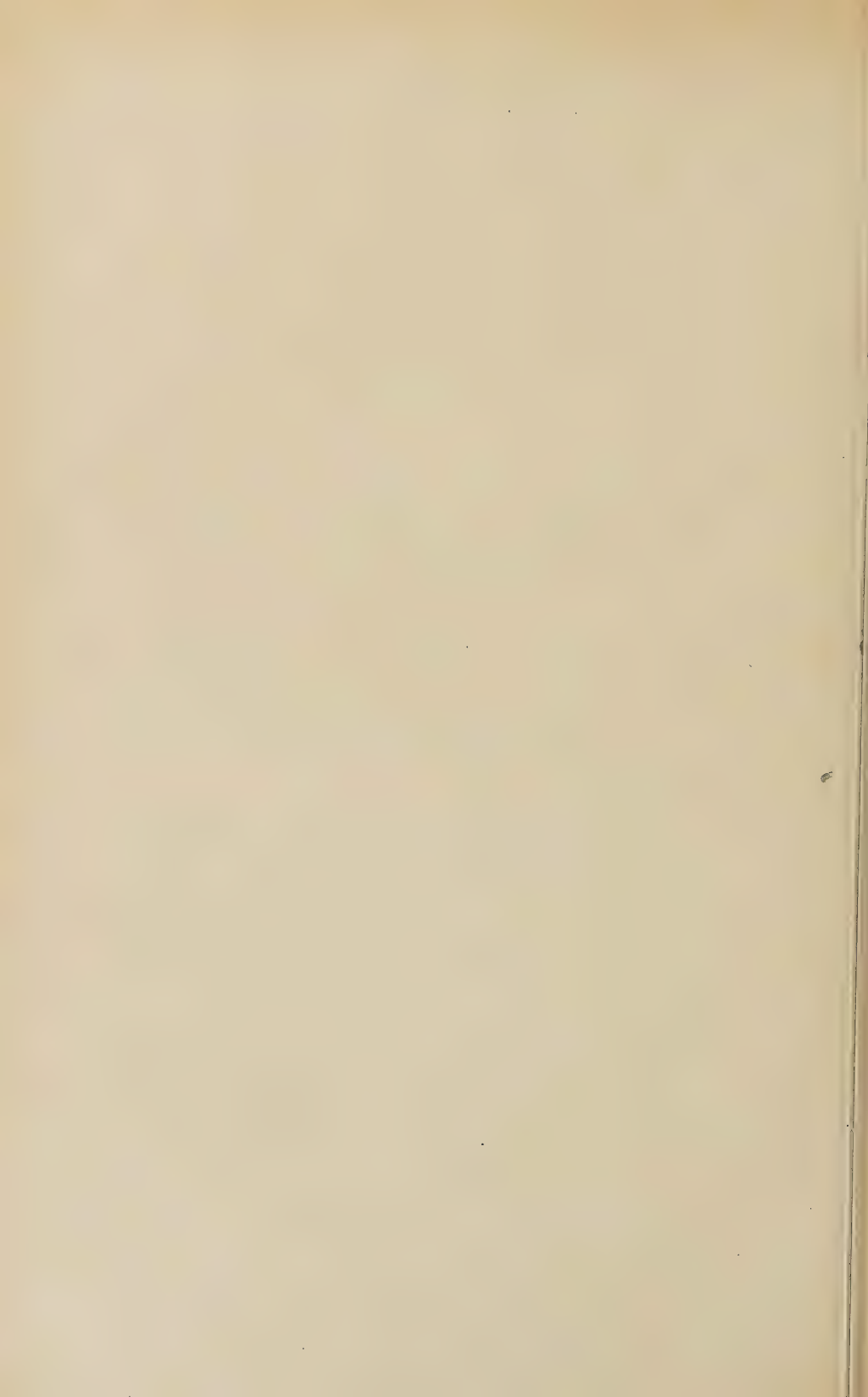
Professeur de Clinique des voies urinaires à la Faculté.

INTRODUCTION

C'est notre collègue Folliasson, Interne avec nous chez M. le Docteur Chifoliau, qui le premier nous donna l'idée de cette thèse, en nous parlant du malade dont on lira l'observation.

M. le Docteur Chifoliau a bien voulu nous indiquer qu'il avait observé un cas semblable; il s'agit là de faits vraiment curieux et dont nous n'avons trouvé que de rares observations dans la littérature chirurgicale française.

Il s'agit d'adénopathies aiguës iliaques ou inguino-iliaques observées au cours d'appendicites aiguës. Le fait paraît surprenant, contraire aux données anatomiques classiques; c'est pourquoi, après avoir relaté l'histoire de ces malades, nous avons cherché quelle pouvait être la cause de cette adénite; reprenant d'abord l'anatomie des lymphatiques cæcaux, puis envisageant ce qu'il y a de particulier dans les cas que nous relatons, nous croyons en avoir trouvé l'explication rationnelle dans des modifications pathologiques des lymphatiques de la région.



OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de notre collègue Folliasson)

Service de M. le Professeur Ombrédanne

L., Jean, 7 ans. — Appendicite aiguë au quatrième jour.

Début marqué par douleur dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements. Température 38° . Traité par la glace et la diète hydrique. Le matin du quatrième jour, recrudescence de la douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements. La température, qui était progressivement revenue à la normale, remonte à 39° . Devant ces symptômes, le médecin traitant dirige l'enfant sur l'Hôpital des Enfants-Malades où il est admis Salle Baffos le 12 février 1930, à 2 heures de l'après-midi.

A l'examen, enfant aux traits tirés, les yeux cernés. Température $39^{\circ}4$. Pouls à 100. A la partie basse de la fosse iliaque droite, juste au-dessus de l'arcade crurale, on note l'existence d'une légère voussure. La paroi respire mal au-devant et au-dessus de cette tuméfaction. Au palper, on sent que cette tuméfaction, irrégulière,

est allongée dans le sens de l'arcade crurale. Bien limitée en dehors, elle l'est moins en haut et en dedans. Elle est très douloureuse, et la palpation de la paroi abdominale au-dessus d'elle montre l'existence d'une défense des plus nettes. Le palper des hypocondres, du creux épigastrique et de la fosse iliaque gauche ne révèle rien de particulier. Toucher rectal négatif.

Devant cet ensemble de symptômes, on conclut à la diffusion d'une collection péri-appendiculaire, et on intervient d'urgence.

Intervention (Folliasson). Mac-Burney bas et interne. Sur le point culminant de la tuméfaction, on constate que le péritoine est soulevé par une volumineuse adénopathie des ganglions de la chaîne iliaque externe (surtout ganglions rétro-cruraux). Les ganglions sont entourés d'une gangue indurée et saignant au contact des instruments. Le péritoine tendu et épaissi est incisé, il s'en écoule du pus en abondance, sans odeur. L'appendice, très altéré, long, irrégulier, vascularisé et par endroits recouvert de placards de fibrine, se montre tout de suite. Il est en position sous-cæcale, couché sur le péritoine de la fosse iliaque dans l'axe des vaisseaux. *Il n'adhère pas à ce péritoine.* Ablation sans enfouissement (*le caecum est accolé complètement* et ne peut être extériorisé). Fermeture du péritoine par un surjet en bourse. L'espace de Bogros est drainé par une petite mèche, et la paroi refermée en un plan musculo-cutané aux crins.

Suites opératoires sans incidents. Chute de la température en 48 heures. Ablation de la mèche le surlendemain de l'opération. Légère suppuration pariétale. L'enfant sort guéri le 27 février.

Pièce. Parois appendiculaires très altérées avec sphacèle de la muqueuse par endroits. Un calcul stercoral. Aucune porte d'entrée au niveau du membre inférieur, de la fesse ou du périnée ne peut expliquer l'adénopathie.

OBSERVATION II

(Chifoliau et Humbert, *Progrès Médical*, 1921)

Madame M., 66 ans, entre le 30 octobre avec le diagnostic de hernie douloureuse. Le 14 octobre, elle avait présenté un malaise accompagné de nausées, de vomissements, de douleurs abdominales et inguinales droites. Pas de constipation.

Les douleurs persistent jusqu'au 29 octobre. A cette date, les douleurs se localisent dans l'aîne droite où apparaît une tuméfaction chaude. Bien avant les accidents actuels, la malade avait remarqué qu'elle portait dans l'aîne droite une petite tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur était mobile, de consistance plutôt molle, et ne subissait aucune modification de volume ou de consistance par la toux et l'effort. La malade se croyait cependant atteinte de hernie et portait un bandage. Elle avait été opérée douze ans auparavant d'une

hernie crurale gauche, et la tumeur droite était apparue peu après cette opération. L'existence d'une tumeur crurale ancienne, l'apparition de douleurs, d'augmentation de volume au niveau de cette tumeur, firent porter à un médecin de la ville le diagnostic de hernie crurale étranglée, et la malade fut transportée à l'hôpital aux fins d'opération.

Au moment de notre premier examen, nous constatons que la région inguino-crurale est tuméfiée. La peau est rouge, chaude, sensible à la palpation.

La tuméfaction, étalée sur la base du triangle de Scarpa, mal limitée et non tendue, présente les caractères d'une adénite banale avec péri-adénite. Pas d'impulsion à la toux, aucune réductibilité; température 38°. Le ventre n'est pas douloureux spontanément, il est plat. Cependant, la palpation de la fosse iliaque droite révèle l'existence d'une masse irrégulière, située sur la marge du petit bassin, tendant à gagner l'abdomen en haut et vers la ligne médiane, plutôt qu'à se fixer sur le fond de la fosse iliaque.

En d'autres termes, cette masse est mal limitée en bas, vers l'arcade crurale, plurilobulée en haut et un peu détachée de la fosse iliaque. Elle est peu douloureuse à la palpation et est recouverte en avant par la sonorité intestinale.

Le signe le plus intéressant est le suivant : on peut mobiliser légèrement la tumeur iliaque, et le mouvement se transmet à la tuméfaction inguinale; quand on

attire en haut la masse iliaque, on voit la tumeur inguinale subir un léger mouvement dans le même sens.

Ces constatations pourraient faire penser à une épiplocèle crurale étranglée, enflammée et reliée à une masse épiploïque abdominale par une portion rétrécie. Mais la tuméfaction inguinale n'avait vraiment pas les caractères d'une hernie étranglée.

Les troubles abdominaux qui avaient précédé l'apparition de la tuméfaction inguinale : douleurs, vomissements, diarrhée; les caractères de la masse iliaque : ses irrégularités et ses bosselures; l'âge de la malade, son mauvais état général et son teint anémique nous inclinaient plutôt vers l'hypothèse d'une lésion intestinale de nature tuberculeuse ou cancéreuse.

Pendant quatre jours, des pansements humides chauds furent appliqués sur la région inguinale, la tuméfaction se ramollit, devint franchement fluctuante. Une incision sous anesthésie locale donna issue à du pus mal lié et non odorant, et montra qu'il s'agissait bien d'un ganglion suppuré. L'incision fut suivie d'une diminution assez rapide de la tuméfaction iliaque, mais celle-ci persistait après la cicatrisation de la plaie inguinale. Nous décidâmes de faire une laparotomie pour vérifier l'état du cæcum et de l'appendice.

Opération le 16 novembre : anesthésie au protoxyde d'azote. Incision de ligature de l'iliaque externe. Après section de l'aponévrose du grand oblique, on relève les petit oblique et transverse en les désinsérant de l'arcade

Le péritoine incisé, on met à nu un paquet d'anses grêles adhérent dans l'angle pariéto-iliaque au péritoine pariétal. Une des anses grêles est coudée à angle très aigu sur elle-même, et la coudure est maintenue par des adhérences très serrées qu'il faut sectionner aux ciseaux. Le cæcum recouvre l'appendice, au tour duquel existent de nombreuses adhérences pseudo-membraneuses d'où s'exprime un peu de liquide séro-purulent. L'intervention est complétée par une incision crurale verticale qui respecte l'arcade crurale. On dissèque la région de l'infundibulum crural et les ganglions cruraux profonds. On voit alors un tractus fibreux qui s'étend de la coque ganglionnaire persistante, pénètre sous l'arcade crurale en dedans de la veine fémorale, traverse le septum crural et vient aboutir aux anses grêles agglutinées et au foyer appendiculaire. Toute traction exercée sur les anses grêles ou sur l'appendice se transmet à la masse ganglionnaire crurale. La section de ce cordon montre qu'il est plein, fibreux, il n'est pas canaliculé. Il ne représente pas un sac herniaire oblitéré. Il répond au trajet anatomique d'un cordon lymphatique étendu du ganglion de Cloquet aux ganglions iliaques, qui aurait contracté des adhérences avec des anses grêles et l'appendice. L'appendice enlevé ne présente aucune lésion spéciale.

Suites opératoires parfaites; réunion *per primam*. La malade sort guérie fin novembre.

OBSERVATION III

(Oudard, *Presse médicale*, 1930. Observation VI, et Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 28 mars 1924).

G. Aimé, 24 ans, entre à l'Hôpital de Cherbourg le 28 juin 1913 avec le diagnostic d'entéralgie; il souffre depuis longtemps de l'intestin et a eu la dysenterie. On remarque, sur le trajet du canal inguinal, une tumeur allongée, sensible, pas de température. Dans les antécédents, dysenterie amibienne à rechutes.

A commencé à souffrir dix jours avant dans la fosse iliaque droite; douleur légère se manifestant seulement à l'occasion d'efforts, et lui permettant de faire complètement son service jusqu'au 26 juin. Le malade marche presque sans boiter. Bon état général, bon appétit, selles régulières chaque jour, la langue n'est pas saburrale. Je constate une tuméfaction dure, bosselée, immédiatement au-dessus de l'arcade, à droite, un peu douloureuse à la pression.

Diagnostic : adénite iliaque d'origine indéterminée, en voie de suppuration. Le soir, douleur qui augmente rapidement en intensité, et le lendemain syndrome de péritonite aiguë.

Incision sur la tumeur le long de l'arcade. En décollant et réclinant le péritoine, on découvre une masse bosselée, dure, constituée par les ganglions iliaques externes; dissociation à la sonde, pas de pus.

Incision du cul-de-sac péritonéal sus-jacent, issue de

liquide louche en abondance; une masse inflammatoire apparaît; épiploon enflammé entourant un caecum à parois rouges, épaissies; appendice gangrené, en position rétro-cæcale; et abcès péri-appendiculaire. Cette masse adhère au péritoine, qui seul le sépare de la masse ganglionnaire. Appendicectomie; drainage du Douglas rempli de liquide louche. Guérison.

OBSERVATION IV

(Arnaud, cité par Oudard, *Presse Médicale*, 1930)

O. Joseph, entré à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 24 avril 1923. Souffre du ventre depuis une semaine (douleurs très vagues et imprécises); puis la difficulté d'allonger la cuisse droite est le premier signe qui inquiète vraiment le malade.

La flexion s'accroît, sans que les douleurs s'exagèrent. La marche devient difficile. Il n'y a ni température, ni vomissements, ni constipation.

A son entrée à l'hôpital, il présente des signes de psoïtis droite. Ventre ballonné, tuméfié dans la fosse iliaque droite au point de donner l'impression clinique d'un abcès ou d'une adénopathie iliaque. Point de MacBurney sensible sans plus. Toucher rectal négatif, bon état général, température 38°2. On pense cependant à une appendicite rétro-cæcale avec abcès au contact ou au voisinage du psoas.

Opération le 26 avril. Anesthésie : éther. Décol-

lement du péritoine de la fosse iliaque droite et cheminement, sous séreuse, vers une masse iliaque paraissant inflammatoire, mais non ramollie.

Pas de pus durant ce temps opératoire. Ouverture alors du péritoine pariétal antérieur. Gros appendice long, plongeant du bord iléo-cæcal vers le psoas auquel il tient par sa pointe. Appendicectomie sans enfouissement, fermeture pariétale. Guérison rapide après une légère suppuration.

Encore que l'auteur ne l'affirme pas, il s'agit à notre avis d'une adénopathie nette, tant cliniquement qu'à l'intervention; c'est du reste l'interprétation d'Oudard.

Il est regrettable qu'un examen bactériologique ne soit pas venu, dans ces cas, confirmer l'identité du pus ganglionnaire et du pus appendiculaire ou péri-appendiculaire.

D'autre part, nous avons trouvé deux observations qui nous ont paru moins typiques; il ne s'agit pas cette fois d'adénite iliaque coïncidant avec l'inflammation d'un appendice normalement situé.

Voici ces deux informations :

OBSERVATION V

(Villar, *Journal des Sciences Médicales de Bordeaux*,
3 avril 1921)

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'étranglement herniaire. « Son médecin habituel avait constaté depuis longtemps l'existence d'une

hernie crurale droite de petit volume. Depuis quelques jours, apparition d'une tuméfaction irréductible au niveau de l'anneau crural, frissons, fièvre.

Le jour de l'admission et les jours suivants, nous repoussons le diagnostic précédemment porté. La malade, en effet, ne présente aucun signe d'étranglement, et l'opération d'urgence ne s'impose pas. A l'examen, nous notons, à la partie interne du triangle de Scarpa et immédiatement au-dessous de l'arcade, l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix à contours indécis, lisse, légèrement douloureuse à la pression, adhérent profondément mais sans pédicule perceptible. On pourrait penser soit à un kyste sacculaire, soit plutôt à une épiplocèle adhérente, soit mieux encore à une adénite profonde occupant la partie tout interne de l'anneau crural. Pas de fièvre.

Opération le 26 janvier 1921. Nous trouvons à la partie interne de l'anneau crural une tumeur fortement adhérente à la veine fémorale et s'enfonçant sous l'arcade. Cette tumeur se présente sous l'aspect d'une masse comprenant les ganglions lymphatiques de la région, inclus dans une gangue inflammatoire. Cette masse, une fois disséquée sur tout son pourtour, se laisse pédiculiser; section de ce pédicule. A ce moment apparaît dans le fond de la plaie l'extrémité libre de l'appendice qui a été légèrement intéressé par la section pédiculaire. Cet appendice occupe à lui seul le sac herniaire auquel il

est intimement accolé. Dissection, extériorisation. Appendicectomie ».

OBSERVATION VI

L'autre observation, plus récente, a été publiée par MM. Boidin et de Gennes à la Médicale (1923, 23 novembre). Ici le diagnostic d'adénite aiguë cryptogénétique était posé; on pensa à la peste bubonique, et le malade fut d'abord traité comme tel. Il ne présentait du reste aucun signe abdominal, sauf un peu de constipation, et des phénomènes pulmonaires importants accompagnaient cette adénopathie. L'état général était très mauvais, la température élevée, c'est ce qui explique le diagnostic de peste. Malgré l'incision de l'adénophlegmon, pratiquée dès la constatation de pus à la ponction, le malade mourut rapidement et ce n'est que l'autopsie qui permit le diagnostic. L'appendice était situé dans un sac hernie crurale, sa pointe enflammée adhérait au sac, et par son intermédiaire au ganglion de Cloquet dans lequel il semblait s'enfoncer.

Ce sont donc là deux observations d'appendicite herniaire crurale accompagnée d'adénite du ganglion de Cloquet, celui-ci étant enflammé par continuité, ainsi que le pensent du reste les auteurs.

HISTORIQUE

Nos recherches bibliographiques nous ont fait trouver une étude de Piard sur les suppurations à distance dans l'appendicite (*Archives générales de Médecine*, 1896).

L'auteur y décrit des phlegmons iliaques pouvant se développer sous le tissu cellulaire pelvien et par là fuser vers le canal crural, ce foyer restant entièrement indépendant du foyer appendiculaire. L'auteur cite une variété crurale, « la plus anciennement connue, paraissant aujourd'hui la plus rare ». Il n'en rapporte que deux observations, une de Schwartz (Société de Chirurgie, 1893), et une de Bouchut (Thèse de Pravaz, Lyon, 1888). Il ne semble pas s'agir d'adénite, mais de fusées le long de la gaine du psoas; encore que l'auteur attribue à ces faits une origine lymphatique.

Cependant, l'adénopathie appendiculaire et péri-appendiculaire a été très étudiée vers 1900. Ce fut du reste l'époque où plusieurs auteurs firent des recherches sur les lymphatiques du cæco-appendice (Clado, 1892;

Lafforgue, 1893; Lockwood, 1900; Tixier et Vianney, 1901). Une discussion assez longue à la Société de Chirurgie en 1900, dont le promoteur fut Quénu, montra qu'à côté des lésions appendiculaires et caecales, il y avait parfois des adénites du méso ou des adénites rétro-cæcales, qui, à l'intervention, paraissaient être des lésions plus importantes que l'appendicite, lésion primitive. C'est à ce sujet que Quénu fit la distinction entre les para-appendicites et les péri-appendicites.

Plusieurs thèses s'occupèrent de cette question : Ferry en 1900 (Thèse de Paris), s'occupe des adénopathies péri-appendiculaires, mais ne parle pas d'adénite iliaque. De même Auguy (Thèse de Lyon, 1901), et Lhuissier (Thèse de Lyon, 1912) reprennent à propos d'adénites péri-appendiculaires les travaux anatomiques, en particulier ceux de Tixier et Vianney. Bérard et Vignard, dans leur étude si complète (1914), rappellent ces travaux, mais ne citent pas de cas analogues aux nôtres.

Voici donc les faits; dans quelques cas rarissimes, on a observé une adénite iliaque externe ou inguino-iliaque coïncidant avec une appendicite aiguë; quelle peut être la pathogénie de ces adéno-phlegmons? Nous pensons que de pareils cas remettent en question l'étude des lymphatiques cæco-appendiculaires, qui a été si discutée.

C'est pourquoi, avant de chercher la pathogénie de

ces faits, nous reprendrons rapidement les données anatomiques classiques, sans en faire l'historique.

Rappel anatomique

La description donnée par Poirier est en quelques mots la suivante :

Les vaisseaux lymphatiques suivent le trajet des artères. Il y a donc des collecteurs cœcaux antérieurs, cœcaux postérieurs, et appendiculaires.

1° Les cœcaux antérieurs suivent le repli mésentérico-cæcal avec l'artère cæcale antérieure; il existe un ou deux ganglions de relai; ces vaisseaux aboutissent à des ganglions situés dans le mésentère, contre le segment terminal de l'artère iléo-cæcale.

2° Les cœcaux postérieurs suivent la cæcale postérieure; il existe à ce niveau trois à six ganglions qui communiquent avec le groupe iléo-caecal.*

3° Les appendiculaires suivent le méso-appendice et se terminent dans le groupe iléo-cæcal après avoir traversé des ganglions appendiculaires en nombre variable (un à quatre), et de situation variable : tantôt ils sont dans le segment rétro-iléal du méso-appendice, tantôt ils sont plus bas, et suivant qu'ils sont plus ou moins externes, ils sont sous-iléaux ou juxta-cœcaux.

Nous ne reprendrons pas les descriptions différentes qu'en ont données les auteurs.

Un groupe ganglionnaire est certain : le groupe postérieur ; les antérieurs ont été décrits différemment, mais ces discussions sur le nombre des ganglions et sur leur situation dans le méso-appendice ne nous ont pas paru intéressantes dans les cas qui nous occupent.

Ce qui est intéressant, c'est le trajet des vaisseaux efférents, c'est le groupement ganglionnaire où aboutit en fin de compte la lymphe venue de cæcum et de l'appendice. C'est là-dessus que les auteurs diffèrent.

Pour Poirier, « les véritables ganglions régionnaires de ces vaisseaux sont les ganglions placés dans le mésentère autour de l'artère iléo-cæcale. Le cæcum et l'appendice sont donc tributaires, en dernière analyse, des ganglions qui forment le segment terminal de la chaîne mésentérique supérieure ».

Parmi les autres travaux concernant la question, nous avons consulté ceux de Clado, de Lafforgue, de Tixier et Vianney, et de Lockwood.

Clado décrit une autre voie efférente ; elle est maintenant classique : il s'agit de lymphatiques qui suivraient le repli appendiculo-ovarien ; cette voie est admise par Lafforgue, ainsi que par Tixier et Vianney qui disent avoir trouvé une fois un ganglion dans ce méso.

C'est surtout Lockwood qui donne une description très différente. Pour lui, la voie principale est la voie rétrocolique, voie qu'on peut considérer comme anastomotique entre les ganglions rétro-cæcaux et les ganglions juxta-coliques.

Il existe pour cet auteur encore d'autres voies de dérivation.

« Les lymphatiques de l'appendice se jettent aussi dans les ganglions de la fosse iliaque échelonnés le long de l'artère iliaque externe. Il en passe aussi le long du ligament appendiculo-ovarien qui se rendent dans le ligament large du côté droit et dans les ganglions de la paroi latérale droite du bassin, avoisinant l'artère iliaque interne ».

Cette opinion n'est admise, — mais non soutenue — que par Tixier et Vianney : « Peut-être encore établissait-il » — (il s'agit du ganglion trouvé dans le ligament de Clado) — « des relations entre les lymphatiques de l'appendice et les ganglions de la chaîne iliaque... Nos injections ne nous ont pas renseignés sur ce point. »

Les auteurs ne précisent pas de quelle chaîne iliaque il s'agit ; c'est sans doute de la chaîne iliaque interne, étant donné qu'il s'agit de lymphatiques de l'ovaire.

Enfin, M. Rouvière a bien voulu nous donner son avis sur la question, et nous lui en exprimons toute notre reconnaissance ; d'après lui, les lymphatiques du cæcum et de l'appendice vont aux ganglions iléo-cæcaux et de là aux ganglions mésentériques supérieurs qu'ils peuvent même gagner directement. Il n'existe pas d'anastomose avec la chaîne iliaque externe ni avec les lymphatiques de l'ovaire, du moins à sa connaissance. La

seule anastomose admissible se ferait avec la chaîne paracolique (bord interne du colon ascendant).

Les études anatomiques semblent donc un peu contradictoires; cependant, nous croyons que la logique oblige à admettre les conclusions de Poirier et de M. Rouvière.

Il n'y a pas de communication entre les lymphatiques cæco-appendiculaires et les ganglions iliaques externes, au moins à l'état normal; on peut admettre comme voie efférente la voie mésentérique, et comme voie anastomotique les vaisseaux réunissant les ganglions rétro-cæcaux aux juxta-coliques.

RECHERCHES CLINIQUES

Les injections sur le cadavre ne montrant pas de communication entre le système iléo-cæcal et la chaîne iliaque externe, nous avons recherché si tout au moins cette communication n'existait pas cliniquement. Pour cela, nous avons consulté différents travaux sur la tuberculose et le cancer du cæcum et de l'appendice : ce sont là en effet deux maladies dans lesquelles l'envahissement ganglionnaire est quasi constant.

Sur la tuberculose iléo-cæcale, les travaux classiques ne font pas mention d'adénite iliaque.

Sur le cancer, les auteurs ne décrivent pas non plus d'adénite extra-péritonéale; notons :

1° L'opinion de M. Okinczyc (cancer de l'intestin)
« Les ganglions superficiels inguinaux ne peuvent être envahis que dans le cas d'adhérences du cancer à la paroi abdominale antérieure ».

2° Une étude très complète de Craig et Mac

Carthy; dans une statistique de 120 cas de cancer du cæcum, les auteurs ne citent pas d'envahissement des ganglions extra-péritonéaux; en rappelant l'anatomie de la région, ils ne parlent même pas des anastomoses qu'avait décrites Lokwood.

INTERPRETATION DES FAITS

Maintenant que nous avons passé en revue les données anatomiques concernant les lymphatiques cæco-appendiculaires, et que nous avons vu que ni la tuberculose ni le cancer ne semblent donner lieu à des adénopathies iliaques, quelle peut être l'explication des observations que nous rapportons? Il s'agit en effet de cas indiscutables d'adénite iliaque inflammatoire ayant accompagné des lésions appendiculaires manifestes vérifiées par l'intervention.

Nous laisserons immédiatement de côté les observations V et VI, intéressantes en elles-mêmes, mais dans lesquelles la pathogénie ne prête pas à discussion; il s'agit là d'inflammation de voisinage, d'infection par contiguité; aussi bien le compte-rendu opératoire de Villar que le compte-rendu nécropsique de MM. Boidin et de Gennes, montrent que la pointe de l'appendice semble s'enfoncer dans le ganglion de Cloquet.

Seules nous semblent vraiment curieuses les quatre premières observations, où les deux foyers sont nette-

ment distincts. En analysant les compte-rendus opératoires de ces observations, on ne peut s'empêcher d'être frappé par certains détails anatomiques :

1° Position de l'appendice :

Sous-cæcal adhérent au psoas par sa pointe (Observation IV).

Sous-cæcal, non adhérent au péritoine pariétal (Observation I) ;

Rétro-cæcal (Observations II et III) ;

2° Situation du cæcum :

Accolé, empêchant l'extériorisation et l'enfouissement (Observation I).

Dans les autres observations, sa situation et son accollement ne sont pas précisés.

3° Dans l'observation II, on note l'existence d'anses grêles adhérentes au péritoine pariétal et d'une bride de Lane typique contenant, d'après les auteurs, un cordon lymphatique.

4° Dans l'observation III, il existe une masse appendiculo-épiploïque adhérente au péritoine pariétal.

Dans nos quatre observations, il y a donc toujours des adhérences anormales de l'appendice ou du cæcum, parfois même de l'épiploon ou des anses grêles enflammées avec le péritoine pariétal.

Or, les lymphatiques du péritoine pariétal, — tous les anatomistes l'admettent, — se rendent aux ganglions iliaques externes, eux-mêmes anastomosés avec les ganglions inguinaux.

Dans les trois dernières observations, les adhérences appendiculo-péritonéales expliquent suffisamment l'adénopathie.

Dans la première, comme il n'existe pas d'adhérences appendiculaires, nous pensons que l'inflammation s'est transmise par la chaîne rétro-cæcale; le cæcum étant accolé, il y a eu propagation soit au tissu cellulaire rétro-cæcal — sans qu'il y ait eu phlegmon celluleux — et de là à la chaîne ganglionnaire iliaque externe, soit directement par des amastomoses lymphatiques créées pathologiquement à la faveur d'adhérences inflammatoires.

En effet, les adhérences cæco-pariétales de péricolite paraissent contenir des lymphatiques, de même que la bride de Lane; on sait que la crainte de la cellulite pelvienne domine la chirurgie du cæcum. M. Cadenat estime qu'il est prudent, après section de semblables brides, de laisser un drain, car d'après lui, la bride de Lane contient des lymphatiques en état d'infection latente reliant le cæcum au péritoine pariétal.

Nous connaissons d'autre part un cas, qui n'est probablement pas isolé, de péritonite aiguë secondaire à une appendicectomie rétro-cæcale à froid; il s'agissait d'un enfant opéré trois semaines après une crise légère et bien refroidie; l'intervention montra un appendice rétro-cæcal, ne présentant pas de signes d'infection actuelle; malgré le décollement caecal qui fut poussé assez haut, on ne crut pas devoir drainer; la péritonite se

déclara rapidement, sans qu'il s'agisse d'une faute d'asepsie; il est probable que l'infection latente des brides cæco-pariétales, infections probablement lymphatique, a été la cause de la péritonite.

Nous estimons donc que des anastomoses peuvent exister entre les lymphatiques cæcaux et les lymphatiques pelviens, mais qu'il s'agit là de communications anormales et pathologiques.

C'est du reste dans le même sens que MM. Chifoliau et Humbert interprètent leur observation; de même M. Oudard pour les observations III et IV; ils concluent que c'est par l'intermédiaire d'adhérences que l'infection s'est transmise au péritoine pariétal, et de là aux ganglions iliaques externes.

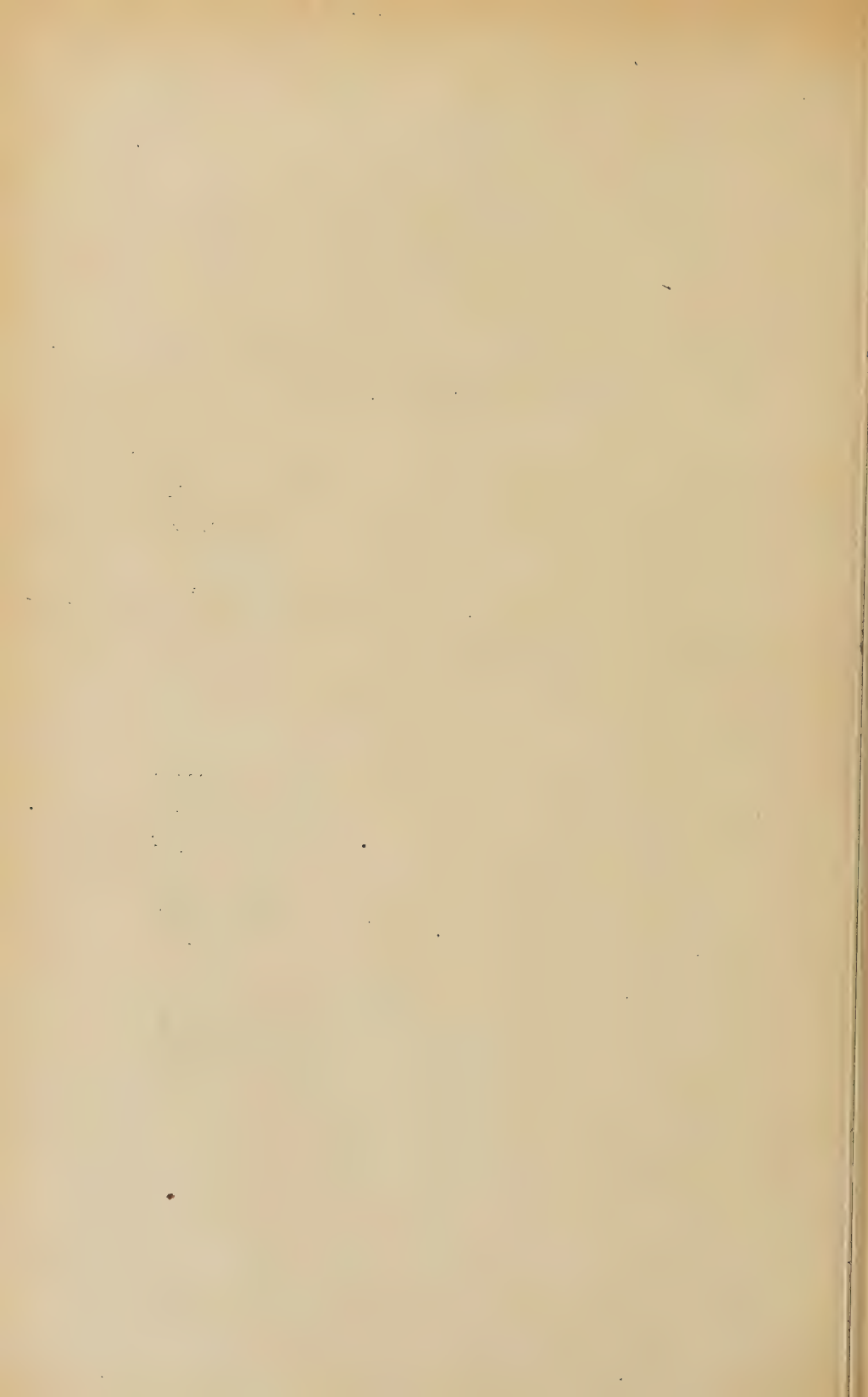
SYNTHESE CLINIQUE

Cliniquement, l'adénopathie iliaque d'origine appendiculaire se présente donc sous deux formes différentes :

1° tantôt c'est l'appendicite qui est la première en date (Observations I et IV), et l'adénopathie est prise pour un abcès appendiculaire banal;

2° tantôt (Observations II et III), la masse ganglionnaire attire la première l'attention; elle nécessite, dans l'observation II, l'incision, et ce n'est qu'ultérieurement qu'on pense à vérifier l'état du cæco-appendice, étant donnée la persistance d'une masse iliaque après cicatrisation de la plaie inguinale. Dans l'observation III, le réveil de la crise appendiculaire donne lieu à une péritonite qui impose l'intervention d'urgence et fait passer l'adénite au second plan.

L'aspect de ces adénopathies est assez déconcertant; nous croyons qu'en l'absence de toute porte d'entrée, la constatation d'une adénite iliaque ou inguino-iliaque aiguë à droite doit faire rechercher les troubles digestifs et les signes de réaction péritonéale, témoins d'une atteinte primitive de l'appendice.

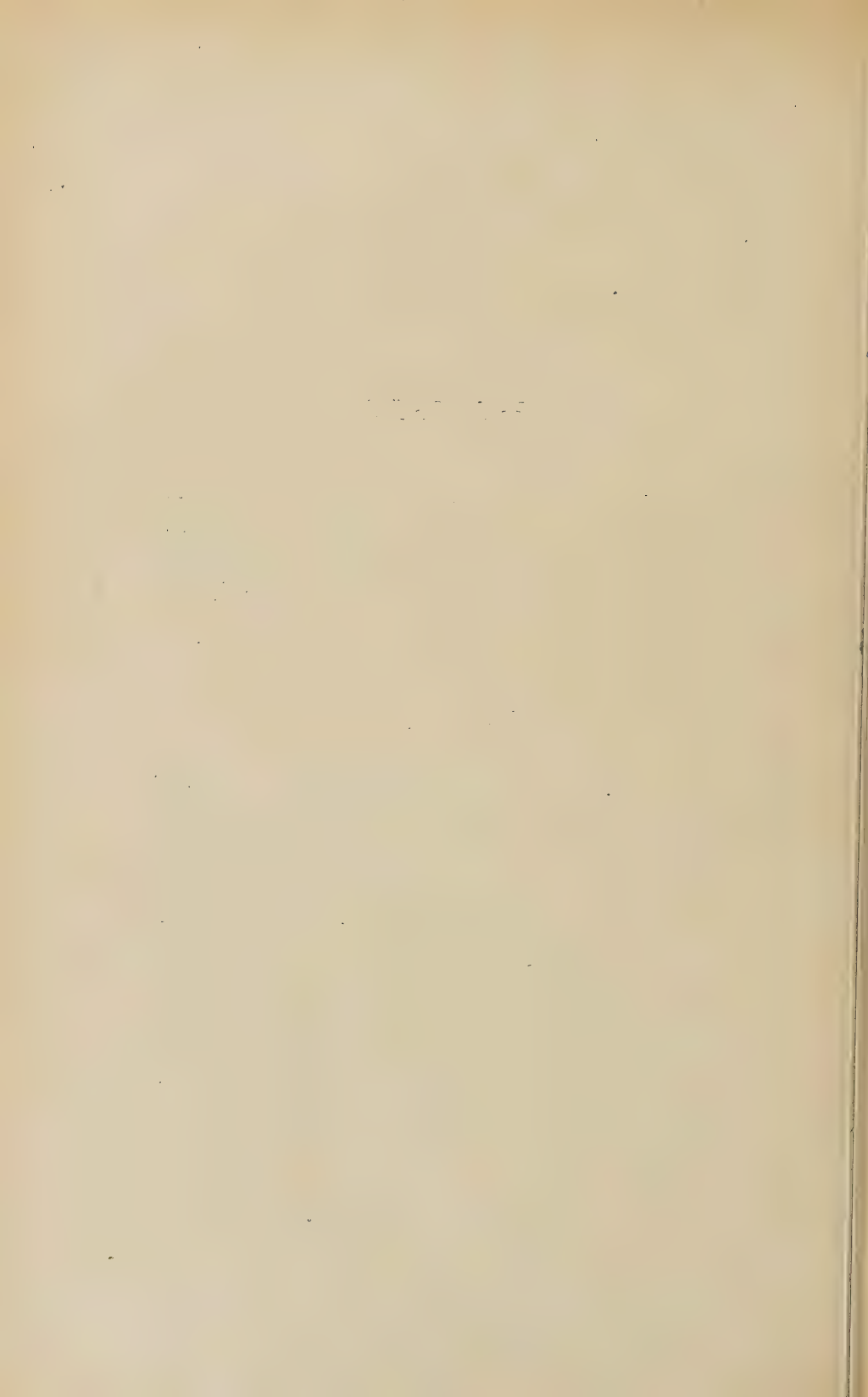


PRONOSTIC

L'association d'une adénite ilio-inguinale ne semble pas aggraver le pronostic de l'appendicite; cependant un symptôme aussi inhabituel peut faire retarder l'intervention, ou la faire pratiquer à une période défavorable.

TRAITEMENT

Dans les cas que nous rapportons, on a commencé par traiter l'adénite en l'abordant directement; on a été ensuite amené, soit d'emblée, soit secondairement, à traiter la lésion appendiculaire; il n'en est pas résulté de conséquences fâcheuses malgré le passage à travers le milieu si septique que constitue un foyer de péri-adénite; il nous semble préférable de vérifier d'abord l'état de l'appendice avant d'aborder le foyer ganglionnaire, si l'on soupçonne l'appendicite; une fois l'appendice enlevé, il faudrait fermer le péritoine pour éviter toute communication entre la séreuse et le foyer sous-péritonéal.



CONCLUSIONS

I. — Il existe des adénopathies iliaques externes en rapport avec des lésions appendiculaires. Ce sont là des cas exceptionnels.

II. — Il n'existe pas de communication anatomique normale entre les lymphatiques cæco-appendiculaires et la chaîne iliaque externe.

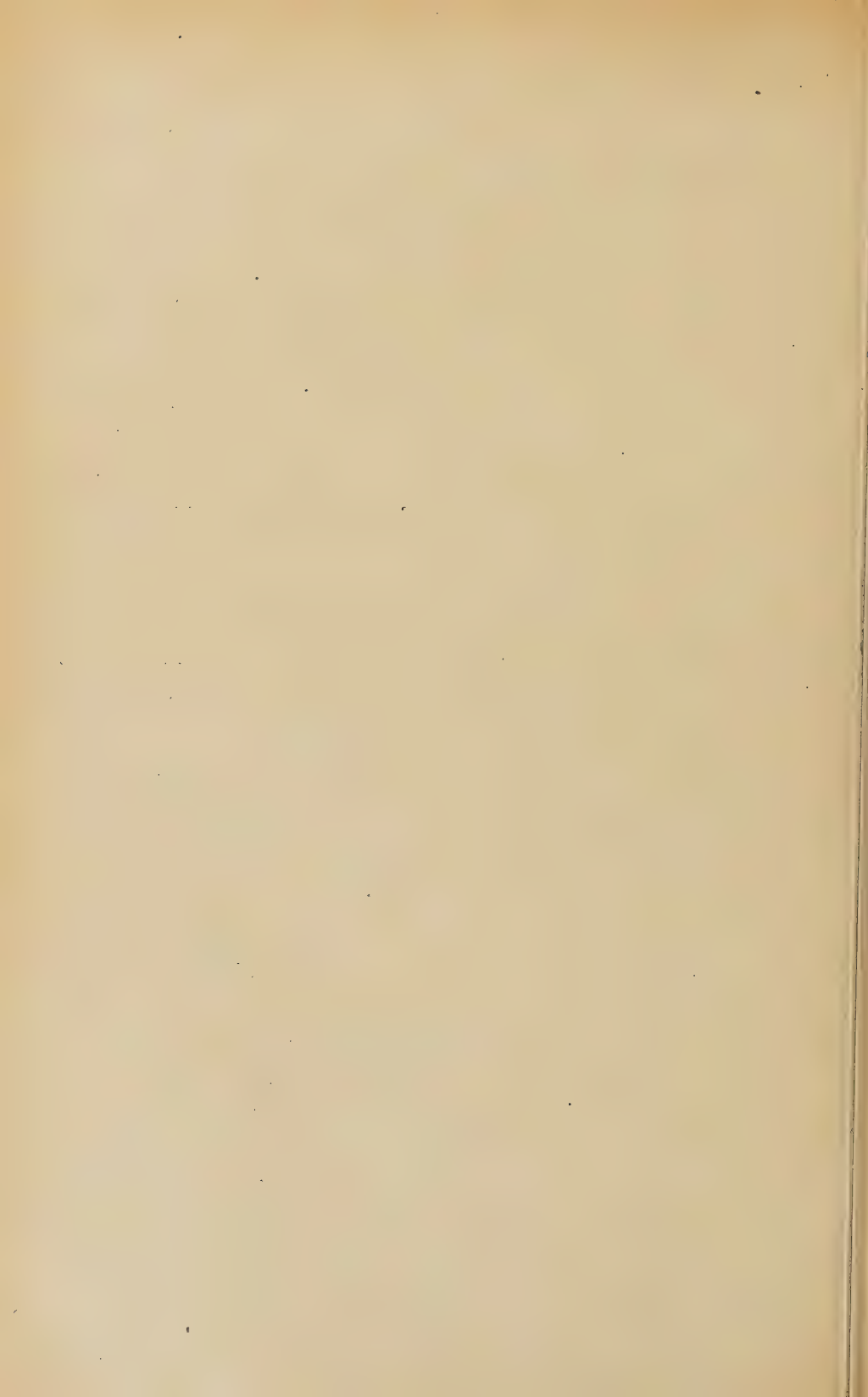
III. — Mais à la faveur d'adhérences pathologiques, des communications peuvent s'établir.

IV. — Si le pronostic de l'appendicite ne s'en trouve pas sensiblement modifié, par contre la technique opératoire semble devoir être précisée : traiter d'abord l'appendicite, puis le foyer ganglionnaire.

Vu le Doyen,
BALHAZARD.

Vu le Président,
LEGUÉU.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.



BIBLIOGRAPHIE

- CHIFOLIAU et HUMBERT. — *Progrès Médical*, 1921.
- LOUDARD. — *Communication à la Société Médicale des Hôpitaux*, 28 mai 1924.
- LOUDARD. — *Presse Médicale*, 4 juin 1930.
- VILLAR. — *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1921, p. 163. Adénite inguinale contenant un appendice suppuré.
- BOIDIN et DE GENNES. — Adénite inguinale d'origine appendiculaire ayant simulé un bubon pestueux. — *Communication à la Société Médicale des Hôpitaux*, 23 novembre 1923.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. — Etude clinique et critique.
- FERRY. — Etude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires. *Thèse de Paris*, 1900.
- BONJOUR. — Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901.
- AUGUY. — De l'adénopathie appendiculaire. *Thèse de Lyon*, 1912.

LHUISSIER. — Les adénites suppurées péri-appendiculaires. *Thèse de Lyon*, 1901.

TIXIER et VIANNEY. — Etude sur les lymphatiques de l'appendice. *Lyon-Médical*, 1901.

CLADO. — *Société de Biologie*, 1892.

LAFFORGUE. — *Journal d'anatomie et de psychologie*, 1892.

LOCKWOOD. — Note upon the lymphatics of the vermiform appendix. *Journal of Anatomy and Physiology*, 1900.

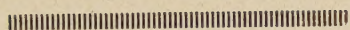
POIRIER. — *Traité d'anatomie*.

LE DENTU et DELBET. — *Traité de pathologie chirurgicale*.

OKINCZYK. — Cancer de l'intestin.

CRAIG et MAC CARTHY. — Etude sur l'envahissement ganglionnaire dans le cancer du caecum. *Annals of Surgery*, 1923.

CADENAT. — Vraies et fausses appendicites. *Concours Médical*, 1923.



LES IMPRIMERIES ASSOCIÉES
36, RUE GODOT-DE-MAUROY
PARIS-IX^e

